REVUE
DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

EXTRAIT

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

TUMEURS VÉGÉTANTES DES DEUX OVAIRES

CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS

OVARIO-HYSTÉRECTOMIE. DE L'ASCITE DANS LES TUMEURS ABDOMINALES

Par le Docteur QUÉNU
Chirurgien des hôpitaux.

Nous avons eu l'occasion au mois de mai 1884, dans le service de M. L. Championnère que nous avions l'honneur de suppléer, de pratiquer une ablation de l'utérus et des deux ovaires. Il s'agissait d'un corps fibreux de l'utérus compliqué d'une dégénérescence épithéliale des deux ovaires, avec production d'une ascite tellement considérable, que des accès d'étouffement obligeaient la malade à passer presque toutes les nuits, assise sur son lit, sans sommeil. L'affection bien qu'assez commune nous a paru de nature à soulever la discussion sur quelques points de pathologie encore obscurs. L'opération et ses suites nous ont semblé également présenter quelque intérêt.

La malade, Mme Rombaud Louise, âgée de quarante-neuf ans, était entrée d'abord dans le service de M. le Dr Landouzy, qui reconnut derrière l'ascite la présence d'une tumeur abdominale et fit passer la malade salle Richard Wallace.

Nous avons relevé très peu de choses dans les antécédents; une grossesse à l'âge de dix-neuf ans s'est terminée par un accouchement facile et des suites de couches normales. La menstruation avait toujours été régulière, jusqu'à il y a deux ans; à cette époque, la ménopause s'est établie sans secousses et sans trouble aucun et, depuis lors, aucune perte de sang n'a été notée.

Peu après la ménopause, Mme R... remarqua le développement d'une grosseur occupant exactement la ligne médiane à la partie inférieure de l'abdomen. Il y eut en même temps quelques phénomènes douloureux dans le ventre avec irradiations passagères dans les cuisses : ces douleurs ont toujours été supportables, sans réaction fébrile, et n'empêchèrent

pas la malade de sortir et de travailler. Cependant la grosseur se développait progressivement, lorsqu'un an après le début de son apparition, la cicatrice ombilicale se déplissa et vint simuler une hernie. A partir de cette époque, le ventre grossit de plus en plus : depuis trois mois surtout, son développement est devenu tel, que la malade éprouve la plus grande peine à marcher, qu'elle étouffe et n'ose manger, de peur d'accroître encore son oppression.

La figure est amaigrie, un peu violacée, mais l'appétit est conservé et le moral excellent.

M. Landouzy a bien voulu faire l'examen clinique des principaux viscères : il n'a rien trouvé d'anormal du côté du cœur, des poumons, du foie et des reins.

Le 27 avril, la tuméfaction du ventre est énorme, la peau est distendue et comme éraillée par places. Çà et là de grandes taches arrondies, d'un rouge cuivré, sont recouvertes de croûtes. Cette même éruption se retrouve aux cuisses.

La malade nous avoue nettement qu'elle a eu la syphilis et qu'elle a à plusieurs reprises suivi un traitement spécifique.

La cicatrice ombilicale est déplissée ; la matité remonte presque jusqu'à l'appendice xiphoïde. La sensation de flot est facile à percevoir. Le palper abdominal est impraticable, tant les parois du ventre sont uniformément tendues et peu dépressibles. Les membres inférieurs et les grandes lèvres sont œdématiés.

Le 9 mai nous pratiquons une ponction qui nous donne 21 litres d'un liquide jaunâtre, clair, non sanguinolent. Le liquide ascitique étant évacué, la paroi abdominale s'affaisse sauf sur la ligne médiane et en bas, où elle paraît soulevée par une tumeur. Une tumeur existe en effet, qui remplit l'hypogastre et se prolonge de chaque côté presque dans les fosses iliaques, en haut elle remonte un peu au-dessus de l'ombilic. Cette grosseur semble composée de deux lobes, le supérieur débordant l'autre et se limitant facilement ; en s'aidant du toucher vaginal, on reconnaît que toute la masse se déplace avec l'utérus et semble faire corps avec lui ; les culs-de-sac vaginaux sont effacés.

Nous portons le diagnostic de tumeur fibreuse de l'utérus. Pour plus de certitude, nous enfonçons l'aiguille de l'aspirateur dans la masse : il ne s'écoule aucune goutte de liquide.

Quinze jours après la paracentèse abdominale, le liquide s'est reproduit en grande partie : il est évident que la malade est condamnée à mourir si on n'intervient pas. Du reste, elle réclame avec instances une opération dont nous ne lui cachons pas la gravité.

Le 24 mai nous évacuons avec un petit trocart une partie du liquide ascitique (9 litres environ).

Le 26, nous opérons la malade avec l'assistance de notre ami et collègue Segond. Nous faisons d'emblée une longue incision contournant et dépassant l'ombilic : après l'ouverture du péritoine, du liquide ascitique s'écoule en abondance, et nous découvrons un fibrôme utérin auquel

adhère d'une façon intime un kyste qui devait donner à l'examen clinique la sensation d'un lobe supérieur. On retire du kyste environ deux litres et demi de liquide.

Le kyste et le fibrome présentent de nombreuses adhérences au grand épiploon, nous détachons les unes avec la spatule et coupons les autres entre deux pinces en T. Mais c'est en vain qu'on essaie de faire basculer la tumeur d'arrière en avant et de haut en bas. De chaque côté en effet, les ovaires sont remplacés par une masse grosse comme le poing environ, irrégulière, rougeâtre, hérissée de petites végétations comme celles qu'on observe à la surface interne de beaucoup de kystes de l'ovaire. Ces deux masses libres par leur face antérieure, sont très adhérentes, en arrière et sur les côtés. A gauche, la séparation d'avec l'S iliaque, ne s'obtient qu'au prix d'un arrachement du péritoine intestinal. Il se produit même un petit pertuis par où sort un liquide blanchâtre : une pince à forcipressure est appliquée sur la perforation.

Trois ou quatre brides assez larges sont sectionnées en arrière. Sur les côtés, nous coupons entre deux pinces de grosses brides où serpentent des veines volumineuses. Enfin en avant, nous finissons par détacher les adhérences qui unissaient la partie médiane de la tumeur à la vessie.

Dans ce premier temps assez long et pénible, nous avons ramené la tumeur utéro-ovarienne aux connexions et à la mobilité que présentent normalement l'utérus et ses annexes. Il reste à pratiquer la section des ligaments larges et de l'utérus. Nous commençons du côté gauche pour couper une partie des ligaments larges entre deux grandes pinces : cette section partielle nous permet de placer deux autres grandes pinces et de terminer la section de l'aile gauche. Du côté droit, la même manœuvre exige le placement successif de deux paires de grandes pinces. La tumeur ne tient plus que par l'utérus et les portions immédiatement contiguës du ligament large où se voient de nombreux et volumineux vaisseaux.

Nous explorons à nouveau la vessie avec une sonde, une double ligature élastique est ensuite faite avec le ligateur Pozzi, et la section du large pédicule pratiquée au couteau, l'hémostase est parfaite. L'utérus est ainsi sectionné un peu au-dessus de l'union du col et du corps.

Tout ce deuxième temps a été rapidement exécuté.

La tumeur enlevée, on place deux sutures au catgut sur la perforation présumée de l'S iliaque, puis on remplace toutes les pinces à forcipressure ou en T par des ligatures au catgut. Deux larges adhérences vasculaires sont liées en chaîne l'une avec trois, l'autre avec deux fils de soie. Douze ligatures en chaîne avec du gros cordonnet de soie trempé d'avance dans l'acide phénique au vingtième sont appliquées sur le moignon de l'utérus et des ligaments larges.

Après avoir minutieusement fait la toilette du péritoine, nous lavons les surfaces coupées avec de la solution à 1 pour 20, et la paroi abdominale est fermée au moyen de neuf points de suture dont six profonds.

L'opération a duré une heure trois quarts.

Il est inutile de dire que nous avons soigneusement suivi les règles de

la méthode antiseptique et que de grandes précautions ont été prises par nos aides pour empêcher l'issue de l'intestin et le refroidissement du ventre.

Au réveil, la malade a bonne figure, elle n'est ni pâle, ni déprimée, et n'accuse aucune souffrance.

Dans la journée elle se plaint de quelques douleurs de ventre, elle prend du champagne glacé et du rhum. T. 38,3.

Le 27, *matin*, le pouls est à 92°, la température à 37,8; le soir, le thermomètre monte à 39° 9. La malade a rendu des gaz par l'anus, elle urine seule, boit du lait et du champagne glacé, sans aucune envie de vomir.

28, *matin*, la température est de 38°,8. Dans la journée, la malade va spontanément à la selle, elle boit par jour un litre de lait, un demi-litre de bouillon et du champagne.

Du *28 mai* au *4 juin*, la température redescend progressivement à la normale. Le thermomètre ne s'élève pas au-dessus de 37°,8 le soir, et le pouls ne bat que 80 pulsations.

L'infirmière nous apprend que, depuis la veille, l'opérée a perdu en blanc, et que l'écoulement vaginal assez abondant ressemblait à du pus. Le toucher vaginal ne fait rien découvrir.

Le 5, on fait le premier pansement. Les fils d'argent sont remplacés par des bandelettes collodionnées. La réunion est complète dans toute l'étendue de l'incision. A l'extrémité inférieure de la suture, il existe une petite tuméfaction dure, qui semble s'enfoncer derrière le pubis.

Le 7, la petite tuméfaction dure s'est ramollie et s'est ouverte à l'angle inférieur de la suture par un petit pertuis.

Le petit orifice est agrandi et des injections sont faites dans la poche avec une solution de sublimé à 1 pour 2000.

Le 9, le pansement est renouvelé, du pus s'écoule en assez grande quantité, le pansement est alors fait tous les jours.

L'état général est excellent, l'appétit conservé, la température ne s'élève pas une seule fois le soir à 38°. La suppuration diminue peu à peu sous l'influence des pansements fréquents, il reste toutefois une induration qui s'enfonce dans le petit bassin et s'étend sur les côtés.

Le 18, la malade est descendue dans la salle commune. Quelques jours après, c'est-à-dire moins d'un mois après l'opération, elle se lève et marche toute la journée dans la salle sans ressentir aucune douleur. L'exploration du trajet fistuleux faite avec un stylet nous permet de constater que ce trajet est médian, oblique de haut en bas, et d'avant en arrière, et qu'il mesure 10 à 12 centimètres de longueur.

Au commencement de juillet, la malade, munie d'une ceinture abdominale, sort de l'hôpital Tenon.

Nous avons eu l'occasion de la revoir à la fin d'août et nous l'avons invitée à entrer quelques jours à la Pitié dans le service de M. Polaillon que nous remplacions. Le trajet fistuleux persiste toujours : il est moins long, la paroi abdominale semble, à son niveau, se déprimer en entonnoir.

On perçoit encore de l'induration autour du trajet, mais le ventre est plat, et il n'y a pas trace d'ascite.

Mme R... se considère comme tout à fait bien portante ; ses forces sont revenues, elle a engraissé et ne ressent aucune douleur dans le ventre ; un fait le prouve éloquemment du reste : elle est venue à pied, sans fatigue, des hauteurs de Ménilmontant à la Pitié.

Elle nous a apporté, dans une petite boîte, un échantillon des fils de soie qui, à plusieurs reprises, sont sortis par le vagin ; celui que nous présentons consiste en une chaîne de quatre fils qui ont été rendus à peine dissociés, presque intacts. Il faut dire que déjà à la fin de son séjour à l'hôpital Tenon, plusieurs fils avaient été éliminés par la voie vaginale.

Nous avons revu la malade le 25 janvier. Sa santé est excellente, elle fait de longues courses à pied sans fatigue, et gagne sa vie à faire des ménages. Le trajet fistuleux est complètement cicatrisé depuis six semaines. Il n'existe aucune induration dans l'hypogastre ; tout le ventre est souple et indolent, et la percussion ne peut déceler la moindre trace d'un liquide épanché dans le péritoine.

Voici ce qui s'est passé depuis le mois d'août. De septembre à novembre, il est sorti par le vagin plus de onze fils, mais la malade n'a pu nous les garder, ils étaient, dit-elle, comme huilés et tombaient en matière (*sic*) quand on voulait les enlever.

Il y a deux mois, deux chaînons en fil de soie ont été éliminés par le vagin ; quelques jours après, il est sorti par le trajet fistuleux deux débris noirâtres que la malade nous a apportés ainsi que les deux chaînons notés plus haut. Quinze jours après l'issue de ces derniers fils, la plaie était définitivement cicatrisée.

Cette observation vient d'abord confirmer ce fait qu'une ascite considérable n'est nullement par elle-même une contre-indication à l'ablation des tumeurs du ventre.

D'autre part, la guérison a été, chez notre malade, retardée par la formation d'un abcès auquel a fait suite un trajet fistuleux. Ce trajet n'a été cicatrisé qu'au bout de six mois après l'élimination des fils de soie qui avaient servi à faire les ligatures du pédicule. Mais en somme, il s'est agi là d'un accident purement local, à aucun moment l'opérée n'a présenté de phénomènes graves ; cinq semaines après l'opération, elle pouvait marcher et se livrer à ses occupations.

On peut se demander quelle a été la cause de la suppuration ? Faut-il incriminer le nombre des ligatures et la nature des fils ? Eût-il été préférable de laisser le pédicule au dehors au lieu de le réduire ?

Il est certain que les fils de soie se résorbent souvent d'une manière lente. Ceux que la malade a vus sortir après cinq mois, étaient à peine altérés.

Nous avons eu l'occasion, quand nous dirigions le laboratoire d'his-

tologie des hôpitaux, d'examiner le pédicule d'un ovaire que M. le professeur Duplay avait enlevé un an auparavant, le fil de soie était intact, parfaitement enkysté et seulement imprégné d'une goutte de pus. La lenteur de la résorption des fils de soie dans certains cas, ne doit pas nous faire conclure qu'ils sont mal tolérés par les tissus. Nous nous sommes servis des mêmes fils dans trois ovariotomies qui toutes se sont terminées par la guérison. Dans l'une d'elles, faite il y a dix mois, la largeur du pédicule avait nécessité 12 ligatures. La malade a succombé récemment à une tuberculose pulmonaire dans le service du professeur Cornil. Sur la pièce qui nous a été communiquée par M. le Dr Brun, prosecteur de la Faculté, nous n'avons plus trouvé trace des fils de soie. Le temps nécessaire à leur résorption semble donc assez variable.

On ne doit pas non plus accuser de la suppuration l'état non aseptique de nos fils : ils sortaient, au moment où ils ont été employés, d'une solution d'acide phénique au vingtième où ils avaient longtemps baigné.

Nous croyons que la cause véritable de l'abcès doit être recherchée dans l'isolement imparfait du pédicule d'avec la cavité utérine. Il eût été utile, avant de comprendre l'utérus dans la ligature, de détacher ou de réséquer la muqueuse utérine sur la tranche de section, de faire en un mot une sorte d'avivement et de suturer avec du catgut; il eût fallu, je le répète, mieux fermer notre foyer opératoire du côté du vagin et faire de l'antiseptie vaginale.

Ce qui prouve bien que l'infection est venue par cette voie, c'est le siège primitif de l'induration sur la ligne médiane, alors que la réunion de la plaie abdominale était parfaite, et la facilité même avec laquelle le pus s'est fait jour du côté du vagin : le maximum du processus inflammatoire a toujours répondu au siège exact du tronçon d'utérus : c'est là que l'induration a persisté en dernier lieu, et que se dirigeait le trajet fistuleux.

La guérison de notre malade est complète, est-elle définitive?

L'examen des pièces nous le fait espérer. La tumeur utérine n'est pas de nature maligne, il s'agit simplement d'un fibrome interstitiel occupant le fond de l'utérus. Il y aurait plus de réserves à faire pour les tumeurs ovariques. Mais l'examen histologique nous a montré qu'elles appartenaient à la famille des kystes de l'ovaire : ce sont des épithéliomes myxoïdes dans lesquels le processus n'a abouti qu'à la formation d'un seul kyste. Le reste de chaque masse est constitué par une série de petites végétations épithéliales. Ces petites végétations sont identiques à celles qu'on trouve fréquemment à la surface interne des kystes ovariques : elles ont le même stroma embryon-

naire et surtout le même revêtement de cellules cylindriques et de cellules caliciformes. Des petits enfoncements tapissés d'épithélium compris entre deux végétations voisines constituent ainsi de véritables petites glandes à mucus dont le contenu, au lieu de s'épancher dans l'intérieur d'un kyste, ne peut qu'être versé dans la cavité du péritoine.

On nous pardonnera les détails de cet examen histologique, en faveur des conséquences que nous nous croyons en droit d'en tirer pour expliquer l'ascite considérable présentée par notre malade. C'est là un point qui touche à la question de l'ascite dans les tumeurs abdominales en général, question encore bien obscure et dont la solution nécessiterait des observations complètes quant à l'analyse du liquide ascitique et à la structure du néoplasme. Quand nous parlons d'ascite dans les tumeurs abdominales, nous n'avons en vue que les tumeurs qui s'élèvent du petit bassin : pour celles en effet qui sont susceptibles d'exercer une compression sur le tronc de la veine porte ou sur le tronc des mésentériques, la pathogénie n'est pas douteuse. Il ne saurait être question non plus des néoplasmes qui s'accompagnent d'un véritable semis de granulations sur tout le péritoine. Ainsi restreinte, la question que nous posons s'applique surtout aux tumeurs de l'utérus et aux tumeurs de l'ovaire. Or ces deux classes de tumeurs sembleraient devoir provoquer sur le péritoine et les viscères abdominaux une réaction identique : leur volume, leurs connexions paraissent les disposer à exercer sur les parties voisines une égale compression ; communément aussi, l'une et l'autre amènent des modifications inflammatoires du péritoine dont les adhérences en brides ou en nappes sont des preuves manifestes.

Et pourtant il existe un contraste frappant entre la rareté de l'ascite dans les tumeurs de l'utérus et sa fréquence relative au moins dans une catégorie de tumeurs ovariques.

La rareté de l'ascite dans les tumeurs utérines avait été remarquée déjà par Cruveilhier. Les observations abondent de tumeurs fibreuses pesant 15 et 20 kilos et à peine entourées de quelques centimètres cubes de liquide. Il en est de même pour les tumeurs fibro-kystiques : sur 14 observations M. Lebec (*Th. inaug.*) n'a relevé qu'une seule fois un épanchement péritonéal et encore il s'agissait d'un épanchement peu considérable évalué à 2 litres et tenant en suspension des exsudats fibrineux.

On peut rapprocher de cette rareté de l'ascite dans les hystéromes son peu de fréquence dans la grossesse. Dans les cas où cette complication a été observée, l'ascite d'après M. Besnier (*Dict. encyc.*) n'existait pas isolément, on constatait en même temps soit un ana-

sarque, soit un œdème considérable des membres inférieurs et des organes génitaux.

Il ressort de tous ces exemples que ni la péritonite ni la compression ne suffisent à expliquer la production de l'ascite.

Chez notre malade, le péritoine pariétal présentait des lésions très accentuées; le péritoine qui tapisse la paroi abdominale était très épaissi, comme chagriné et incrusté de petites granulations calcaires; si cet état de la séreuse avait suffi à produire l'épanchement, celui-ci aurait dû reparaître après l'opération.

Quant aux tumeurs de l'ovaire, elles sont les unes solides, les autres kystiques; à celles-ci se rattachent, par leur structure et leur évolution possible, les tumeurs végétantes appelées souvent papillomes de l'ovaire. L'ascite semble très fréquente dans les tumeurs solides. Ziembicki, qui a réuni dans sa thèse 36 observations de tumeurs solides de l'ovaire, note que l'hydropisie abdominale n'a manqué que 4 fois. Parmi ces tumeurs, les unes étaient des carcinomes, les autres des sarcomes; mais aussi bien l'épanchement a été observé dans des cas de fibromes ou de fibro-myômes, témoin les observations de Spiegelberg, de Martin, Spencer Wells, et celles plus récentes de Terrier. Comment expliquer l'ascite dans ces cas? Ziembicki croit que ces tumeurs étant très mobiles exciteraient le péritoine à sécréter, mais toutes les tumeurs sous-péritonéales pédiculées provoquent-elles un épanchement abondant de péritoine?

Peut-être serait-il permis de chercher l'explication de l'ascite dans les mauvaises conditions de la circulation veineuse de la tumeur elle-même. Il est inutile d'insister sur le développement des vaisseaux veineux dans ces néoplasmes; or les grosses veines du pédicule subissent comme celui-ci, des soudures, des torsions résultant du poids de la masse et de sa mobilité, il s'en suivrait une congestion passive de la tumeur capable d'aboutir à l'osmose d'une certaine quantité de sérosité à travers la couche mince qui recouvre le réseau vasculaire superficiel.

Peut-être faut-il aussi attribuer une certaine importance à l'absence du péritoine à la surface de l'ovaire? une tumeur ovarique jouerait ainsi plus facilement le rôle d'un corps étranger vis-à-vis de la séreuse. Ce sont là des explications purement hypothétiques sur lesquelles nous nous garderons d'insister, et ce n'est pas du reste cette pathogénie que nous croyons devoir proposer pour les tumeurs kystiques et pour les tumeurs végétantes.

La plupart des kystes de l'ovaire donnent lieu à peu d'épanchement péritonéal. Dans ses statistiques de 75 ovariotomies publiées dans la *Revue de chirurgie*, M. Terrier ne l'a observé que 10 fois, et tou-

jours dans les cas où l'on avait affaire à une tumeur poly-kystique, offrant des végétations extérieures.

M. Terrier a encore observé l'ascite dans deux circonstances différentes. Chez une malade, une ponction avait été faite 8 jours avant l'opération, on put s'assurer que l'ouverture faite au kyste n'était pas oblitérée et que le liquide s'écoulait dans le péritoine (*Revue de chir.* 1884).

Dans d'autres cas, l'ascite était de nature inflammatoire et contenait des masses pseudo-membraneuses. Ces deux dernières variétés sont rares, il en résulte que, d'après M. Terrier, on peut conclure d'une ascite abondante à l'existence de tumeurs poly-kystiques végétantes.

L'histoire de notre malade vient comfirmer cette dernière proposition, et c'est là d'ailleurs un fait qui ressort de la lecture de beaucoup d'observations, entre autres de celle de Gusserow citée dans la thèse de Ziembicki.

Ainsi la présence de végétations, qu'elles existent à la surface d'un kyste multiloculaire, ou qu'elles constituent à elles seules toute la tumeur, coïncide toujours avec une ascite très abondante et récidivante. Mais croyons-nous, ce n'est pas, comme le dit M. Terrier, en irritant le péritoine que ces tumeurs amènent la production de l'ascite : il faut incriminer non les végétations elles-mêmes, mais leur produit de sécrétion. Ces végétations en effet ont la même structure que les végétations intérieures des kystes, ce sont de véritables tubes épithéliaux, des pseudo-glandes secrétant une matière colloïde, dont les propriétés impriment au liquide des kystes ovariques des caractères spéciaux. Il n'y a pas de raison pour admettre que ces formations épithéliales sécrètent quand elles sont à l'intérieur des kystes et qu'elles ne sécrètent pas quand elles sont à la surface externe.

Dans ce groupe de tumeurs, l'ascite résulterait donc de l'épanchement continuel dans le péritoine de la substance colloïde produite par les végétations, ou peut être produite dans certains kystes sans végétations, par une surface externe riche en formations tubulaires.

Cette substance colloïde provoquerait des phénomènes d'osmose du côté du péritoine, de là un épanchement de liquide péritonéal s'accroissant sans cesse.

Si cette théorie est exacte, le liquide ascitique des tumeurs kystiques ou végétantes doit présenter des caractères particuliers qui le rapprochent du contenu des kystes. Il ne peut être question de la recherche de la paralbumine ; outre que cette substance n'a jamais été isolée à l'état de pureté, il est probable que son mélange à un liquide séreux doit la modifier, la preuve en est que dans ces condi-

tions sa résistance à la filtration diminue. Mais il est un fait qui ressort clairement de l'examen minutieux des tableaux publiés par M. Méhu dans les *Archives de médecine* de 1877, c'est que le liquide ascitique des kystes ovariques ne ressemble pas au liquide ascitique des maladies cardiaques ou hépatiques ou encore des tumeurs fibreuses de l'utérus, le chiffre des matières fixes y est plus élevé : à peine de 59 grammes par kilogramme de liquide dans les hystéromes, il s'élève à 66, 68 et 71 grammes dans le liquide ascitique des kystes de l'ovaire; il importerait d'examiner plus spécialement à ce point de vue le liquide péritonéal des tumeurs végétantes, c'est là un desideratum; mais actuellement les études de M. Méhu nous apprennent déjà que l'ascite ovarique ne ressemble pas à un ascite quelconque, que le liquide y est plus riche en matières fixes et mérite d'être rapproché du liquide kystique, dont il ne diffère essentiellement que par l'absence dans celui-ci de fibrine spontanément coagulable.

Il serait intéressant d'ajouter à ces arguments tirés de l'analyse chimique, l'examen histologique du liquide ascitique : il est probable qu'on y découvrirait souvent la présence de cellules prismatiques ou caliciformes caractéristiques. Cet examen a été fait du reste par un médecin d'Édimbourg, le Dr Foulis, qui a même donné l'examen microscopique du liquide péritonéal comme un moyen d'éclairer le diagnostic des tumeurs abdominales.

Le Dr Foulis a trouvé dans deux cas que le liquide ascitique tenait en suspension des masses épithéliales dont les cellules ressemblaient à celles qui revêtent les jeunes kystes de l'ovaire.

En résumé de cette discussion relative à l'ascite dans les tumeurs abdominales, nous nous croyons autorisé à tirer les conclusions suivantes :

Rare dans les tumeurs de l'utérus, quelle que soit leur nature, *fréquente* dans les tumeurs solides de l'ovaire, l'ascite *peut* s'observer dans les kystes multiloculaires, spécialement dans les kystes dont la surface externe est recouverte de végétations. L'ascite *est la règle* dans les tumeurs papillomateuses de l'ovaire, qui ne sont que des épithéliomes végétants de la même famille que les kystes.

Très abondante dans ce dernier cas, l'ascite nous paraît devoir être attribuée à la sécrétion spéciale des végétations et à l'action que cette sécrétion exerce sur la séreuse péritonéale.

Coulommiers. — Imp. P. BRODARD et GALLOIS.

Coulommiers — Imprimerie Paul Brodard et Cie.